

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

1947

INSTR. 1972

THESE

N°

673

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

Tamara, Denise ISSERLIS

Née le 17 Avril 1918, à Saint-Cloud (Seine-et-Oise)

Présentée et soutenue publiquement le 19 ..

DES FORMES DOULOUREUSES
DE L'ICTÈRE CATARRHAL
CHEZ L'ENFANT

Travail du Service du Professeur Robert DEBRÉ

Président : M. A. BAUDOUIN, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, Rue Deparcieux, 29

1942

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat: **ISSERLIS,**

Prénoms: **Tamara, Denise.**

Date de la soutenance:

Numéro d'ordre:

(Ces deux mentions seront complétées par le service de la Bibliothèque)

ISSERLIS, (Tamara, Denise). — Des formes douloureuses de l'ictère catarrhal chez l'enfant. — *Paris, Imp. R. Foulon, 1942, in-8°, 59 p.*
(Thèse Médec. (Et.), Paris 1942, N°)

ISSERLIS, (Tamara, Denise). — Des formes douloureuses de l'ictère catarrhal chez l'enfant. — *Paris, Imp. R. Foulon, 1942, in-8°, 59 p.*
(Thèse Médec. (Et.), Paris 1942, N°)

ISSERLIS, (Tamara Denise). — Des formes douloureuses de l'ictère catarrhal chez l'enfant. — *Paris, Imp. R. Foulon, 1942, in-8°, 59 p.*
(Thèse Médec. (Et.), Paris 1942, N°)

ISSERLIS, (Tamara, Denise). — Des formes douloureuses de l'ictère catarrhal chez l'enfant. — *Paris, Imp. R. Foulon, 1942, in-8°, 59 p.*
(Thèse Médec. (Et.), Paris 1942, N°)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1942

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

Tamara, Denise ISSERLIS

Née le 17 Avril 1918, à Saint-Cloud (Seine-et-Oise)

Présentée et soutenue publiquement le 19 ..

DES FORMES DOULOUREUSES
DE L'ICTÈRE CATARRHAL
CHEZ L'ENFANT

Travail du Service du Professeur Robert DEBRÉ

Président : M. A. BAUDOUIN, Professeur.

P A R I S
IMPRIMERIE R. FOULON
29, Rue Deparcieux, 29
1 9 4 2



I. — PROFESSEURS

LE DOYEN BAUDOUIN

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	GASTINEL.
Parasitologie et histoire naturelle médicale ..	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale	QUENU.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	DUVOIR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie ..	
Pathologie expérimentale comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	ABRAMI.
Clinique médicale	FIESSINGER.
	HARVIER.
	P.-VALLERY-RADOT.
Hygiène et clinique de la première enfance ..	CATHALA.
Clinique des maladies des enfants	Robert DEBRE.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	LAIGNEL-LAVASTINE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Cliniques des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CADENAT.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	LENORMANT.
	MONDOR.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	LEVY-SOLAL.
	PORTES.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ..	LEVEUF.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	BROCQ.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance Médico-sociale	N...
	DOGNON.
	GIROUD.
	HAZARD.
Professeurs sans chaire	JAYLE.
	JOANNON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.			MM.		
AMELINE	Pathologie	chirurgicale.	HAGUENAU	Pathologie	médicale.
BARIETY	Pathologie	médicale.	LACOMME	Obstétrique.	
BERNARD Etienne.	Pathologie	médicale.	LANTUEJOUL	Obstétrique.	
BESANÇON Justin..	Hydrologie.		LAVIER	Parasitologie.	
BONNET	Bactériologie		LELONG	Pathologie	médicale.
BOULIN	Pathologie	médicale.	LEMAIRE	Pathologie	expérimentale.
BROUET	Pathologie	médicale.	LENEGRE	Pathologie	médicale.
BULLIARD	Histologie.		Mlle J. LEVY	Pharmacologie.	
CACHERA	Pathologie	médicale.	MARCHAL	Pathologie	médicale.
CORDIER	Anatomie.		MENEGAUX	Pathologie	chirurgicale.
COSTE	Pathologie	médicale.	MOLLARET	Pathologie	médicale.
COUVELAIRE (Roger)	Urologie.		MOUQUIN	Pathologie	médicale.
DELARUE	Anatomie	pathologique.	PATEL	Pathologie	chirurgicale.
DELAY	Pathologie	médicale.	PETIT-DUTAILLIS	Pathologie	chirurgicale.
DESGREZ (H.)	Physique.		RENARD	Ophthalmologie.	
DESOILLE	Médecine légale.		RICHET	Physiologie.	
DIGONNET	Obstétrique.		SENEQUE	Pathologie	chirurgicale.
DOGNON	Physique.		SICARD	Pathologie	chirurgicale.
FEVRE	Pathologie	chirurgicale.	SOULIE	Pathologie	médicale.
FUNCK-BRENTANO	Pathologie	chirurgicale.	SUREAU	Obstétrique.	
GALLIARD	Parasitologie.		TURPIN	Pathologie	médicale.
GARCIN	Pathologie	médicale.	WILMOTH	Pathologie	chirurgicale.
Mlle GAUTHIER-					
VILLARS	Anatomie	pathologique.			
DE GENNES	Pathologie	médicale.			

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.	VAUDESCAL	Anatomie Pathologique.
CHAILLEY-BERT ..	Physiologie.	HUGUENIN	Obstétrique.
GUENIOT	Obstétrique.	LE LORIER	Parasitologie.
HEITZ-BOYER	Pathologie chirurgicale.	NEVEU-LEMAIRE	Médecine légale.
		PIEDELIEVRE . . .	Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgi- cale.
BRULE		GATELLIER ...	
CHABROL		de GAUDART	
CHEVALLIER .		d'ALLAINES .	
LAROCHE Guy		MOULONGUET .	
LIAN		MOURE	
MOREAU			
SEZARY			

MM.	
ECALLE	} Clinique obstétricale.
VIGNES	

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
DECHAUME	Stomatologie.
N... ..	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les options émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MA MERE
le Docteur Marie ISSERLIS

*Qui la première m'a appris toute la beauté de
la profession médicale, ce trop faible témoi-
gnage de mon amour filial.*

A MON PERE

A MA SŒUR

A MON FRERE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A ceux qui sont pour moi, depuis près de
deux ans, une vraie famille adoptive, avec
ma plus profonde affection

A MON MAITRE

Monsieur le Professeur BAUDOUIN

Doyen de la Faculté de Médecine

*Qui m'a fait le très grand honneur d'accepter
la présidence de cette thèse. En témoignage
de toute ma reconnaissance et de ma profonde
et respectueuse admiration,*

A MON MAITRE

Monsieur le Professeur Robert DEBRE

*A qui je dois l'inspiration de ce travail et que
je remercie pour son enseignement si lumi-
neux. Qu'il veuille bien trouver ici l'expres-
sion de ma respectueuse gratitude et de mon
fidèle attachement.*

A MON MAITRE
le Docteur Louis RAMOND
Médecin des Hôpitaux

*Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de
ma profonde reconnaissance pour l'accueil af-
fectueux et chaleureux que j'ai toujours trouvé
auprès de lui.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR

Maurice MONSAINGEON

Ancien interne des Hôpitaux

Ancien chef de clinique à la Faculté

*Dont l'exemple m'a donné une si noble idée de
la profession de médecin, et que je remercie
du fond du cœur pour les six beaux mois de
travail passés à Saint-Antoine et pour sa
sympathie et sa compréhension qui m'ont
profondément touchée.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage :

Monsieur le Professeur CARNOT
Monsieur le Professeur GOSSET
Monsieur le Docteur Louis RAMOND
Monsieur le Docteur André MARTIN
Monsieur le Professeur BAUDOUIN
Monsieur le Professeur Robert DEBRE

F. F. externe :

Monsieur le Docteur HALBRON
Monsieur le Professeur agrégé MOLLARET
Monsieur le Docteur SOULIE

Externat et F. F. interne :

Monsieur le Professeur GREGOIRE (*in memoriam*).
Monsieur le Professeur MARION

Stages de 5^e année :

Monsieur le Professeur FEY
Monsieur le Professeur VELTER
Monsieur le Professeur LEMAITRE
Monsieur le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE

Stage de 6^e année :

Monsieur le Professeur Robert DEBRE

A MES AUTRES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Monsieur le Docteur AZERAD

Monsieur le Professeur agrégé R. COUVELAIRE

Monsieur le Docteur Maurice MONSAINGEON

A Monsieur le Docteur WEISSENBACH

A Monsieur le Docteur Maurice HEPP

A Monsieur le Docteur Jacques HEPP

A Monsieur le Docteur SERINGE

*Que je remercie de l'aide qu'il m'a apportée
pour cette thèse.*

A Monsieur le Docteur Pierre BRETON

A MES CONFERENCIERS

Messieurs les Docteurs TROTOT, VERNE, GUENIN

INTRODUCTION

Dans tous les ouvrages classiques, on décrit habituellement l'ictère catarrhal comme une affection essentiellement indolente. Caractérisé au début par un malaise général, des nausées, un état saburral des voies digestives, parfois une légère élévation thermique, l'ictère catarrhal se manifeste, à la période d'état, par une coloration jaune des muqueuses et des téguments, des urines rares et hautes en couleur, contenant des sels et des pigments biliaires; on constate parfois une légère hypertrophie du foie, qui se montre à peine douloureux à la palpation. En dix à quinze jours, ces symptômes disparaissent, les urines redeviennent plus abondantes et claires et le malade guérit sans qu'aucun phénomène douloureux ait marqué le cours de l'évolution de la maladie.

Tel est le tableau clinique courant de l'ictère catarrhal, aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte.

Nous avons eu l'occasion, dans le service de notre Maître le Professeur Robert DEBRÉ, de relever quatre observations d'ictère catarrhal dont la phase initiale avait été marquée par des douleurs si violentes qu'elles

avaient motivé, dans trois cas, le diagnostic d'appendicite aiguë, dans le quatrième, celui de colique hépatique. De tels exemples ont un intérêt pratique indéniable : dans une de nos observations, l'intervention chirurgicale a été pratiquée. Il est donc essentiel, devant des réactions douloureuses abdominales chez un enfant, de penser à l'ictère catarrhal et d'en discuter la possibilité avant de conclure à une affection chirurgicale. Tout l'intérêt de ces formes douloureuses réside donc dans le diagnostic différentiel avec une appendicite aiguë — qui impose l'intervention. Il s'agit de déterminer au plus vite si l'enfant présente une affection qui relève du médecin ou du chirurgien.

Quant aux cas qui simulent une colique hépatique, si leur intérêt doctrinal n'est pas moins grand, ils posent cependant un problème thérapeutique pratique moins urgent à résoudre. On a le temps, même si on suppose une colique hépatique, de peser minutieusement tous les éléments du diagnostic, de demander tous les examens para-cliniques nécessaires. Il est cependant indispensable de se faire une opinion solide dans un avenir proche, et c'est pourquoi nous avons également cru utile de signaler le cas d'une enfant chez qui l'ictère catarrhal avait débuté par des phénomènes douloureux présentant tous les caractères de la colique hépatique.

On sait d'ailleurs combien il arrive fréquemment, chez l'enfant, qu'une affection médicale thoracique

débute par des phénomènes douloureux abdominaux aigus, invoquant un diagnostic chirurgical. Tel est le cas dans la pneumonie, voire même dans la pleurésie séro-fibrineuse (cas de la clinique médicale des Enfants).

Les exemples d'ictère catarrhal douloureux chez les enfants sont rares dans la littérature : c'est pourquoi nous reproduirons *in extenso* trois observations hollandaises qui nous ont paru absolument typiques et qui illustrent et confirment les données acquises au cours de notre séjour à la clinique de l'Hôpital des Enfants-Malades.

Toutefois, si la clinique, dans les cas qui nous intéressent, est fort démonstrative, l'interprétation pathogénique de ces faits est bien difficile à affirmer, et, malgré la multiplicité des hypothèses soulevées, aucune ne nous paraît absolument satisfaisante. Elles n'ont d'ailleurs qu'un intérêt tout théorique, l'essentiel étant de décider tout de suite s'il faut ou non opérer.

I. — PHENOMENES DOULOUREUX VARIES DECRITS FREQUEMMENT AU COURS DE L'ICTERE CATARRHAL

En dehors des cas de douleurs aiguës et parfaitement localisées que nous allons analyser ultérieurement, et dans lesquels réside l'intérêt principal de notre étude, on a cependant décrit au cours de l'ictère catarrhal, une série de phénomènes douloureux abdominaux variés que nous allons rapidement examiner.

Dans bon nombre des observations que nous avons relevées dans le service du Professeur DEBRÉ, la phase initiale de l'affection a été marquée par des douleurs peu intenses siégeant au creux épigastrique. Ces douleurs s'accompagnaient souvent de nausées et disparaissaient dès que s'installait la coloration jaune des téguments et des muqueuses. Certains auteurs ont insisté sur cette épigastralgie. D'après CARRIÉ, elle serait souvent vive, très pénible, exagérée par la moindre ingestion d'aliments. Accrue par la pression sur la région douloureuse, elle siègerait un peu plus bas que l'épigastre, juste au-dessus de l'ombilic. Cette zone correspondant exactement à la zone de projection

pancréatique, l'auteur interprète ces phénomènes comme étant liés à une pancréatite inflammatoire analogue à la pancréatite ourlienne.

WIDAL signale également que le malade « ressent parfois une sensation de tension épigastrique ou de barre douloureuse, de la pesanteur dans la région du foie, ou même des douleurs assez intenses pour simuler la colique hépatique ».

Pour WALGREEN, ces douleurs épigastriques de la période pré-ictérique coïncident avec des vomissements, mais leur cause est surtout d'ordre hépatique. Elles seraient rarement très prononcées. Par contre, cet auteur fait allusion à des douleurs intestinales, surtout dans les cas, rares d'après lui, où la diarrhée vient compléter la symptomatologie gastro-intestinale.

Nombre d'auteurs allemands signalent en outre l'hypertrophie douloureuse du foie : ce phénomène douloureux inconstant et souvent très peu prononcé, se manifeste surtout à la palpation, et ne provoque que rarement des douleurs spontanées dans l'hypocondre droit.

Enfin, pour PER SELANDER, à la phase pré-ictérique, ce sont les phénomènes subjectifs qui dominent le tableau clinique. Il signale comme un symptôme très fréquent à cette période une sensation douloureuse de tension, de pesanteur, localisée au creux épigastrique ou dans l'hypocondre droit. Cet auteur cite même un

certain nombre de cas au cours desquels ces phénomènes douloureux ont été assez intenses pour faire penser à l'appendicite aiguë, et seize de ces malades ont passé dans un service de chirurgie, la phase initiale de leur ictère catarrhal. Dans deux cas, on a même pratiqué l'appendicectomie. Dans deux autres cas, les caractères des douleurs étaient tels que l'on a invoqué la lithiasé biliaire, et fait une laparotomie. Enfin, l'auteur fait allusion à des cas rares et isolés où les phénomènes douloureux avaient soit des caractères thoraciques : point de côté exagéré par l'inspiration profonde et les mouvements, soit des caractères hépatiques : douleur irradiant à l'épaule droite.

Quoi qu'il en soit, nous voyons que si, pour certains, il n'y a pas de douleurs aiguës et bien localisées, beaucoup d'auteurs établissent cependant avec fermeté l'existence de phénomènes douloureux assez intenses pour faire penser à la colique hépatique ou à l'appendicite aiguë, et pour provoquer une intervention chirurgicale. Ce sont ces cas qui nous occuperont particulièrement, et que nos observations confirment.

II. — LA DOULEUR AIGUE AU COURS DE LA PHASE INITIALE DE L'ICTÈRE CATARRHAL

En dehors des douleurs épigastriques ou hépatiques plus ou moins nettes qui marquent le début de l'ictère catarrhal, il y a donc indéniablement des malades chez qui cette affection débute par des phénomènes douloureux d'une acuité extrême, dont le siège et les caractères font penser à une affection chirurgicale. Les quelques cas que nous avons relevés dans le service de notre Maître le Professeur DEBRÉ, ainsi que les trois observations hollandaises que nous allons citer, ne permettent aucun doute à cet égard : il s'agit bien d'ictère catarrhal banal, et, dans tous ces cas, la phase initiale de la maladie a bien été marquée par des douleurs extrêmement vives. Ces douleurs ont ensuite disparu et la symptomatologie habituelle de l'ictère catarrhal s'est installée, ne permettant absolument pas de douter du diagnostic.

Ces faits sont établis avec une telle certitude qu'on peut même se demander si l'ictère catarrhal à début douloureux n'est pas plus fréquent qu'on se l'imagine, et si le diagnostic n'en a pas été bien souvent méconnu.

Il est, en effet, fort possible que l'on ait confondu avec les douleurs de la crise d'appendicite aiguë les phénomènes douloureux marquant le début d'un ictère catarrhal et que l'on ait attribué à l'anesthésie l'ictère qui s'est révélé à la suite de l'intervention. Nombreux sont en effet les cas où une soi-disant crise d'appendicite ne fait pas sa preuve et où l'on trouve à l'intervention un appendice absolument sain.

D'autre part, la lithiasie biliaire étant relativement rare chez les enfants, on peut se demander si, chez des malades ayant ressenti des douleurs abdominales violentes suivies d'un ictère catarrhal, on n'a pas un peu à la légère posé le diagnostic d'une lithiasie biliaire dont on n'aurait pas, par la suite, vérifié l'existence aussi bien radiologiquement que chirurgicalement.

OBSERVATIONS

OBSERVATIONS I

André Ac..., âgé de 11 ans, entre dans le service le 12 décembre 1941, parce qu'il présente un ictère. Il vient du service de chirurgie de l'hôpital des Enfants-Malades, où il était entré le 5 décembre 1941 avec le diagnostic d'appendicite aiguë.

Le début de la maladie remonte au 2 décembre : du 2 au 5, l'enfant se plaignait de douleurs abdominales vives qu'il n'arrivait cependant pas à bien localiser, de céphalées, de malaises. La langue était saburrale, l'enfant vomissait des aliments d'abord, puis de la bile. La température oscillait entre 37°5 et 38°. Les urines sont normales de couleur et d'abondance. Le 5 décembre, la douleur prend un siège plus précis et semble dominer nettement dans la fosse iliaque droite. La température ne dépasse pas 37°2. Le médecin pose le diagnostic d'appendicite aiguë et ordonne le transfert d'urgence à l'hôpital.

C'est dans l'ambulance que la mère s'aperçoit que l'enfant a les conjonctives jaunâtres; elle se souvient

alors que les urines émises juste avant le départ de l'enfant étaient foncées et peu abondantes, alors qu'elles étaient normales la veille. Les selles évacuées par lavement étaient de teinte et de consistance normales.

L'enfant est admis en chirurgie où, dès l'après-midi, on fait le diagnostic d'ictère. La peau était alors nettement jaune. Le malade reste 5 jours en chirurgie, se plaignant toujours de céphalées et de douleurs abdominales. Les urines restent foncées. La constipation opiniâtre ne cède pas au lavement. La température oscille entre 37°5 et 37°8. L'état général est excellent. On nourrit l'enfant avec des purées légères.

Antécédents.

Né à terme, pesait 3 kg 200.

Nourri au sein pendant 6 mois, puis par des bouillies.

Développement normal : a marché à 1 an ; première dent à 8 mois ; premiers mots à 1 an.

Maladies infectieuses : rougeole, varicelle.

Bronchite à 3 ans.

A 9 ans, il a présenté une affection fébrile (40°), avec nausées, céphalées, douleurs abdominales : le médecin aurait pensé à un syndrome méningé.

Cuti négative.

Le père et la mère sont bien portants.

L'enfant a une sœur de 19 ans bien portante.

A son entrée, il présentait un ictère peu accentué, colorant faiblement les téguments de la face et de l'abdomen, mais très apparent aux muqueuses.

A l'examen, il s'agit d'un enfant de 11 ans 3 mois, pesant 26 kg 200, mesurant 1 m. 38, donc de poids et de taille aux environs de la normale.

L'aspect est caractéristique : *la peau* est d'une coloration jaune, pas très intense, mais assez marquée cependant à la face, à l'abdomen, au thorax.

— Les muqueuses sont également colorées en jaune; c'est d'ailleurs aux conjonctives que l'ictère s'est manifesté tout d'abord.

— Les urines sont d'abondance moyenne, à peine diminuées de volume : 800 cc. par 24 heures. Elles sont marron foncé, ne contiennent ni sucre, ni albumine, mais renferment des sels et des pigments biliaires. Pas d'urobiline.

— Les selles sont d'aspect et de consistance normaux, non décolorées; l'enfant est plutôt constipé.

— L'état général est bon : la température est de 36°8 le matin, 37°2 à 37°5 le soir. L'enfant ne se plaint pas, ne souffre pas, n'est ni fatigué, ni abattu. Il n'y a pas de prurit. Le pouls est à 84.

— L'examen complet ne révèle aucun symptôme morbide en dehors de l'ictère; cœur et poumons sont normaux. La tension artérielle est à 9 1/2-6.

L'abdomen est souple, non ballonné : le foie déborde d'un travers le doigt le rebord costal; son bord supérieur se trouve dans le sixième espace intercostal. Il n'est douloureux ni spontanément, ni à la palpation.

La rate n'est ni palpable, ni percutable.

Le taux de l'urée dans le sang est de 0 gr. 30 0/00.

L'enfant est mis au régime lacto-végétarien; il prend de plus 1 gr. 50 d'urotropine par jour et reçoit un lavement frais quotidien. Au bout de quatre jours, l'intensité de la coloration diminue : la jaunisse n'est plus visible à la face : elle teinte encore légèrement la peau de l'abdomen, ainsi que les conjonctives. La température est à 37° le matin, 37°5 le soir. Les urines deviennent plus abondantes : 1 l. 300 le vendredi 12, et le samedi 13 décembre : elles s'éclaircissent, mais, comme elles sont troubles, on demande un examen cyto-bactériologique qui montre :

Cytologie :

— examen direct : rares hématies, rares cellules épithéliales;

— examen du sédiment : nombreuses hématies altérées, quelques leucocytes, quelques cellules épithéliales.

Examen bactériologique : négatif à l'examen direct; culture : négative.

L'enfant sort guéri du service le 29 décembre 1941. En résumé, il s'agit donc d'un ictère catarrhal dont l'évolution est absolument banale, mais dont le début a été marqué par des douleurs abdominales ayant fait craindre une appendicite.

OBSERVATION II

Simone Sol..., âgée de sept ans, est passée à la salle Parrot par le service de chirurgie de l'hôpital des Enfants-Malades le 25 octobre 1941. Elle y était entrée la veille pour être opérée à froid d'appendicite. Elle aurait en effet présenté une crise aiguë deux ans et demi auparavant et, depuis quelque temps, elle se plaignait presque constamment de douleurs dans la fosse iliaque droite, présentait de l'anorexie, une constipation opiniâtre, de fréquentes nausées. L'ensemble de ces troubles avait fait décider de pratiquer l'appendicectomie.

La semaine précédant son entrée dans le service de chirurgie, l'enfant avait vomi et s'était plaint du ventre en un point bas situé, dans la fosse iliaque droite. Elle souffrait aussi de céphalées. La température était normale.

Or le samedi 25 octobre, parce qu'elle est jaune, on renonce à l'intervention et on la passe en médecine.

Antécédents.

Née à terme, pesait 3 kg 750.

Maladies infectieuses : rougeole, coqueluche, varicelle.

Suivie par le docteur Julien MARIE au point de vue pulmonaire, elle a une cuti-réaction négative. L'examen radiologique des poumons est normal. En dehors de ces crises abdominales, l'enfant se porte bien et se développe normalement.

La mère a 33 ans et est bien portante.

Le père a 35 ans et ne présente aucun antécédent pathologique.

Les parents ont deux autres enfants : une fillette de cinq ans, qui a eu, à six mois, une encéphalite ayant entraîné un gros retard du développement, surtout intellectuel ; une autre fille de neuf ans, bien portante.

A l'examen, on est frappé d'emblée par une coloration jaune des téguments, marquée surtout à l'abdomen car la coloration rosée des pommettes dissimule l'ictère à la face. Il existe du subictère des conjonctives.

La langue n'est pas saburrale.

Le foie est normal.

Quelques traces de grattage dissimulées sur le corps sont les témoins d'un prurit discret.

Les urines sont foncées et diminuées de volume,

mais la réaction de Hay s'y montre négative et la réaction de Gmelin n'est pas nette.

Les selles sont normales par leur aspect, leur abondance et leur consistance : elles ne sont pas décolorées.

Le reste de l'examen somatique est complètement négatif : la rate n'est ni palpable, ni percutable. Le cœur et les poumons sont normaux. La cuti-réaction est négative. L'examen nerveux ne révèle aucune anomalie.

En quelques jours, après une légère ascension thermique qui n'a guère dépassé 38° et n'a duré que deux jours, la température est descendue en lysis, et l'ictère a rapidement pâli. Le 30 octobre, il avait presque complètement disparu. Seule l'anorexie persistait encore.

En résumé, il s'agit d'une enfant de 7 ans qui a présenté dans le service un ictère catarrhal des plus bénins. Seule la crise douloureuse qui en a marqué le début reste à interpréter : étant donnée l'absence de fièvre, on a soulevé l'hypothèse d'une douleur en rapport avec une crise de colique hépatique.

OBSERVATION III

Aimé Roc..., âgé de 12 ans, entre dans le service le 8 décembre 1941, venant du service de chirurgie de l'hôpital des Enfants-Malades, parce qu'il présente

un ictère. Il avait été admis en chirurgie dans la soirée du 2 décembre avec une température à 39°5, des douleurs abdominales prédominant dans la fosse iliaque droite; il n'y avait ni diarrhée, ni constipation.

Le début de ces troubles remontait à quinze jours environ : l'enfant mangeait mal, se plaignait après les repas de douleurs dans la fosse iliaque droite; il ne vomissait pas, et la mère n'avait alors constaté aucun subictère. L'enfant continuait cependant à aller à l'école lorsque, la veille de son entrée à l'hôpital, l'asthénie augmente, les phénomènes douloureux s'accroissent et se localisent de façon plus précise, la température s'élève. Le médecin voit l'enfant à 5 heures du soir, fait le diagnostic d'appendicite aiguë et ordonne le transfert d'urgence à l'hôpital. Le malade est opéré dès son entrée aux Enfants-Malades et l'intervention montre un appendice libre, macroscopiquement non inflammatoire : on procède à son ablation et on enfouit le moignon.

Mais, du 2 au 8 décembre, la température reste élevée, décrivant des oscillations entre 38° et 39°5. On constate alors l'apparition d'un épanchement pleural à la base droite; on pratique une ponction exploratrice qui ramène un liquide fortement coloré et assez trouble pour qu'on ait envisagé la possibilité d'une pleurésie purulente; mais on ne trouve pas de germes à l'examen direct ni à la culture.

Le lendemain de la ponction apparaît l'ictère et l'enfant est alors envoyé salle Bouchut.

Antécédents. — Maladies infectieuses : rougeole, varicelle, oreillons.

L'enfant est souvent enrhumé l'hiver mais ne tousse pas et ne crache pas.

Les parents sont bien portants.

Le malade n'a ni frère, ni sœur.

A l'examen pratiqué le 9 décembre 1941, il apparaît que l'enfant est atteint d'un ictère moyennement intense, généralisé, absolument net sur les téguments, les conjonctives, la langue. Il n'est pas prurigineux. Les selles sont décolorées. Les urines sont diminuées de volume (500 cc.) et présentent une pigmentation très intense : elles contiennent des pigments biliaires, des sels biliaires et de l'urobiline.

Cet ictère s'accompagne d'un minimum de troubles généraux : la température est à 37°6, le pouls à 106.

La langue est propre. Le foie est normal. La rate est palpable (on perçoit nettement son pôle inférieur) et percutable. L'enfant est gai, joue, n'est pas asthénique.

Cependant, l'examen du thorax met en évidence une matité de la base droite avec abolition du murmure vésiculaire dans la région mate. Le murmure vésiculaire est remplacé par des râles fins. On perçoit

un souffle à la limite supérieure de la matité. La ponction permet de retirer un liquide dont la formule est la suivante :

Nombreux leucocytes : polynucléaires	36 %
lymphocytes	10 %
Cellules épithéliales	54

On ne trouve aucun microbe, pas plus à la culture qu'à l'examen direct.

A l'examen radioscopique pratiqué par M. MIGNON, l'épanchement est invisible.

La cuti-réaction est négative.

Plusieurs examens de laboratoire ont été pratiqués. Le taux de l'urée sanguine est à 0.20 0/00. L'épreuve de la galactosurie provoquée donne les résultats suivants :

<i>Heures des émissions</i>	<i>Taux d'élimination</i>	<i>Volume des urines</i>	<i>Galactose éliminée</i>
8 h. à 10 h.	6,87 0/00	65 cc.	0 g. 44
10 h. à 12 h.	4,57 0/00	70 cc.	0 g. 82
12 h. à 18 h.	3,66 0/00	115 cc.	0 g. 42
18 h. à 8 h.	2,28 0/00	480 cc.	1 g. 09

Volume total des urines : 730 cc.

Quantité totale de galactose éliminée : 2 g. 27.

Examen cyto-bactériologique des urines :

Examen direct : rares cellules épithéliales.

Examen du sédiment :

quelques cellules épithéliales,
quelques leucocytes,
pas d'hématies,
pas de cylindres.

L'examen bactériologique est négatif, tant à la culture qu'à l'examen direct.

En quelques jours, l'appétit revient, l'ictère régresse, mais la pleurésie droite persiste.

En résumé, il s'agit d'un enfant de 12 ans opéré d'appendicite après une période de troubles d'ordre général et de phénomènes douloureux de la fosse iliaque droite et ayant présenté, après une intervention qui a montré un appendice absolument sain, un ictère et une pleurésie droite, avec une cuti-réaction à la tuberculine négative.

Il est vraisemblable que la courte anesthésie d'un quart d'heure qu'a nécessitée l'intervention n'a pas créé l'ictère, mais a pu l'aggraver. L'ictère est d'autre part apparu en même temps que la chute de la température, ce qui est un phénomène fréquent. L'anorexie, qui est un signe presque constant au début de l'ictère catarrhal, existe ici.

Reste à expliquer la présence de la pleurésie coïncidant avec une cuti-réaction négative : on sait qu'un ictère peut négativer une cuti. Cependant, malgré l'hypothèse un instant soulevée d'une pleurésie, d'une

part, et d'un ictère toxique post-opératoire, d'autre part, il semble plus satisfaisant d'expliquer cet épanchement de la base droite comme un phénomène réactionnel de voisinage, dû à une hépatite ictérigène.

OBSERVATION IV

Marie-Thérèse Ag..., âgée de 12 ans, est amenée d'urgence à l'hôpital des Enfants-Malades, le 30 juillet 1941, à 7 heures du soir, pour une douleur abdominale violente ayant débuté brutalement dans l'après-midi. En même temps, l'enfant présente des vomissements incessants, d'abord alimentaires, puis bilieux. La température est normale, à 37°5, et l'hypothèse d'une affection chirurgicale ayant été éliminée, l'enfant est hospitalisée en médecine, salle Parrot.

Le lendemain matin, les phénomènes douloureux et l'état nauséux persistent, avec des caractères très nets. La douleur est continue, mais présente de violents paroxysmes. Elle s'étend à toute la région de l'hypocondre droit, avec une irradiation à l'épaule et à l'omoplate droites.

L'enfant est agitée, elle pleure et gémit. Elle a des nausées qui aboutissent au rejet d'un liquide bilieux.

Antécédents. — On ne retrouve aucun accident analogue à cet épisode. L'enfant aurait mangé la veille de la viande avariée.

A l'âge de 8 ans, elle a été atteinte d'une fièvre typhoïde à bacille paratyphique B.

Examen. — Pour la première fois, on remarque une légère coloration jaune des téguments, un subictère plus intense déjà aux conjonctives.

La palpation de l'abdomen permet de localiser la douleur, dont le siège se trouve assez mal limité, dans l'hypocondre droit, sous le foie. Le bord inférieur du foie n'est pas perceptible à cause d'une défense musculaire assez marquée.

Le reste de l'abdomen est indolore, parfaitement souple et mobile avec les mouvements respiratoires.

A la pointe de l'omoplate droite, la palpation réveille une douleur très précise.

Les urines sont très foncées : elles ne contiennent ni sucre ni albumine, mais sont riches en sels et en pigments biliaires. D'ailleurs, l'ictère, qui était discret quand l'enfant est entrée à l'hôpital, se précise et devient plus net le 1^{er} août. Il n'y a aucune élévation thermique pendant tout le cours de la maladie.

Dès l'apparition de l'ictère, les vomissements cessent. Quant à la douleur, elle cesse pour disparaître complètement le 2 août.

Le foie, qui ne semble pas nettement augmenté de volume, reste cependant encore sensible pendant un ou deux jours.

La rate n'est ni palpable, ni percutable.

Dès le début, on note une constipation qui a persisté depuis.

Le reste de l'examen somatique est entièrement négatif.

La cuti-réaction à la tuberculine est négative.

La formule sanguine montre :

Globules rouges	4.920.000
Globules blancs	9.600
Hémoglobine	- 85 %
Valeur globulaire	0.86
Polynucléaires neutrophiles	75 %
Polynucléaires basophiles	1 %
Lymphocytes	7 %
Grands lymphocytes	13 %
Monocytes	4 %

L'épreuve de la galactosurie provoquée montre une élimination importante et prolongée avec retard de la diurèse :

	<i>Volume</i>	<i>Concentration</i>	<i>Quantité</i>
	<i>d'élimination</i>		<i>excrétée</i>
9 h. à 11 h.	53 cc.	16 0/00	0 g. 85
11 h. à 13 h.	41 cc.	13,2 0/00	0 g. 54
13 h. à 19 h.	410 cc.	1,5 0/00	0 g. 43
19 h. à 9 h.	670 cc.	11 0/00	0 g. 67
	1.174 cc.		2 g. 49

Les 5, 6, 7 août, la diurèse, qui était restée jusque-là aux alentours de 500 cc., passe brusquement à 1 l. 500 et dépasse même cette quantité.

L'ictère, qui n'avait jamais été très intense, pâlit, puis disparaît. L'enfant sort guérie de l'hôpital le 12 août, encore un peu fatiguée et amaigrie.

En résumé, il s'agit d'une fillette de 12 ans amenée à l'hôpital pour une colique hépatique si franche que l'hypothèse de cholécystite fut un instant soulevée; la notion d'une fièvre typhoïde dans ses antécédents pouvait plaider en faveur de cette supposition. Mais l'absence de fièvre, de leucocytose sanguine, le jeune âge de la malade firent écarter ce diagnostic. C'est alors qu'un ictère catarrhal typique vint succéder à la douleur de l'hypocondre droit et comme la remplacer, pour se terminer ensuite favorablement par une crise urinaire dans les délais normaux.

2° OBSERVATIONS HOLLANDAISES,
DUES A J. D. SCHENDSTOK

CAS N° 1.

Marie A..., âgée de 10 ans, est admise le 19 novembre 1934 dans le service de chirurgie du professeur LANZ parce qu'elle avait, pendant les jours précédents, souffert continuellement de douleurs abdominales avec

diarrhée et nausées, mais sans vomissements. Elle fut immédiatement admise en chirurgie, soupçonnée d'être atteinte d'une crise aiguë d'appendicite, au cours d'une appendicite chronique.

En appuyant sur la moitié droite de l'abdomen, on provoquait une douleur, particulièrement aiguë au point de Mac Burney et dans la région hépatique; il y avait, à cet endroit, une ébauche de défense musculaire. Néanmoins, le bord inférieur du foie paraissait situé à trois travers de doigt au-dessous du rebord costal, et, un peu plus tard, on constata que la rate était considérablement augmentée de volume.

Peu de temps après l'admission, un ictère avec bilirubinurie apparut et augmenta progressivement d'intensité. La défense musculaire et la sensibilité à la pression dans la fosse iliaque droite disparurent rapidement. Le 21 novembre, la malade fut transportée dans le service du professeur RUITANGA avec le diagnostic d'ictère catarrhal.

A ce moment, l'ictère diminuait déjà et la teneur du sang en pigments biliaires n'était plus guère élevée.

Précédemment, l'enfant avait déjà souffert de vagues douleurs abdominales et de nausées, ainsi que de démangeaisons accompagnées d'éruptions cutanées : elle n'avait cependant jamais présenté de jaunisse. Dans son entourage, aucun cas de jaunisse ne s'était déclaré.

Après ingestion de 40 g. de galactose, on en retrouve 8 g. 4 dans l'urine : ce grave trouble du fonctionnement hépatique diminue lentement et n'est plus que minime lors du renvoi de l'enfant. Le foie et la rate diminuent parallèlement de volume. L'urobilinurie persiste toujours, à un taux variable.

Pendant toute la durée de la maladie, la température ne dépasse pas 37°6 à l'aisselle; la réaction de Wassermann est négative; la formule sanguine, le 23 novembre, montre l'existence d'une lymphocytose, sans autres particularités. La malade est renvoyée avec un état général très satisfaisant le 23 janvier 1935.

Le 11 juin 1935, elle est de nouveau hospitalisée, se plaignant d'être facilement fatiguée. L'hépatomégalie était encore assez importante et le bord inférieur du foie débordait de deux à trois travers de doigt le rebord costal. La rate n'était pas perceptible. Il existait encore de l'urobilinurie, et l'épreuve de la galactosurie provoquée s'effectuait sans aucun trouble.

Sur le cliché radiographique après ingestion de tétraïode, la vésicule biliaire se montrait bien remplie et, après les repas, elle diminuait très nettement de volume.

Revenue se faire examiner le 3 mars 1936, la malade se plaint de ressentir de temps en temps de vagues douleurs dans le ventre et dans le dos, plus marquées cependant à droite, mais moins violentes qu'au

début de sa maladie. Le foie ne débordait plus qu'à peine sous le rebord costal, la rate n'était plus accessible à la palpation. Il n'y avait plus d'urobilinurie; la résistance globulaire était normale; les pigments biliaires se trouvaient dans le sérum au taux de 0,8 E (Hymans Van der Bergh); la réaction de Takata-Jetzlier était négative.

En résumé, il s'agit d'une fillette de 10 ans, admise dans un service de chirurgie pour un syndrome douloureux analogue en tous points à une crise d'appendicite aiguë (en effet, une température de 37°6 sous l'aisselle donne 38°1 environ dans le rectum, ce qui équivaut à une élévation thermique notable). Mais les phénomènes douloureux s'amendent concomitamment à l'apparition d'un ictère catarrhal banal. L'enfant guérie, il persiste cependant une hépatomégalie, et des douleurs abdominales moins intenses se manifestent de temps à autre.

CAS N° 2.

Nellie B..., âgée de 15 ans, est admise le 30 août 1935 dans le service de médecine avec le diagnostic de lithiasse biliaire ou d'appendicite aiguë. Elle était tombée malade le 28 juillet, se plaignant de douleurs continues, non irradiantes, qu'elle disait éprouver surtout dans la moitié supérieure de l'abdomen. Ces douleurs étaient encore si violentes à l'admission que

les deux diagnostics ci-dessus ne furent rejetés qu'après mûre réflexion. Il n'y avait pas de défense musculaire. La malade souffrait de céphalée, se trouvait dans un état nauséux, mais ne présentait pas de vomissements. La température s'éleva petit à petit jusqu'à 39°.

Le 31 août, on constatait une hépatomégalie; le 9 septembre, même, on sentait le foie à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic. La rate n'était pas perceptible.

La douleur diminue rapidement. Dans l'urine, la recherche de l'urobiline et de la bilirubine se montre positive.

Le 4 août, la malade était subictérique; le 5 août, franchement ictérique. A ce moment, la réaction d'Hymans Van den Bergh se montra immédiatement positive dans le sérum (6 E), la réaction de Wassermann en agglutination sur la maladie de Weil négative. La formule sanguine était celle d'un état infectieux. L'épreuve de galactosurie provoquée se montra troublée à plusieurs reprises.

L'ictère disparut lentement et, le 10 octobre, la malade fut renvoyée chez elle sans éprouver aucun trouble.

Revenue le 31 mars 1936 pour un contre-examen, elle se plaignit de constipation et de pesanteur dans la région épigastrique. Mais elle n'avait plus ressenti de phénomènes douloureux analogues à ceux qu'elle avait éprouvés au début de son ictère.

Le bord inférieur du foie se trouvait à deux travers de doigt au-dessous du rebord costal; on ne pouvait pas percevoir la rate. L'abdomen n'était pas du tout sensible à la palpation. Dans l'urine, il y avait de légères traces d'urobiline. Après ingestion de tétraïode, la vésicule biliaire se remplissait parfaitement.

Dans le sérum sanguin, la réaction de Hymans Van den Bergh était négative, la réaction de Takata-Jetzler négative. La rapidité de précipitation des globules rouges était : après une heure, de 1 m./m.; après deux heures, de 1 1/2 m./m.

En résumé, il s'agit d'une adolescente de 15 ans hospitalisée pour des phénomènes douloureux fébriles d'une telle acuité qu'ils firent soulever les hypothèses de lithiasse biliaire ou d'appendicite aiguë. Mais, en même temps que cèdent les douleurs, apparaît un ictère franc qui tranche le diagnostic. On ne trouve, à la radiographie après ingestion de tétraïode, aucune anomalie de la vésicule biliaire.

CAS N° 3.

Truus C..., âgée de 13 ans, est admise à l'hôpital le 27 janvier 1936 : elle a les genoux raides, se plaint de nausées et de céphalées. Elle entre pendant la nuit. Le matin suivant, elle présentait des douleurs dans la moitié droite de l'abdomen : l'enfant se plaignait de

souffrir dans le haut de l'abdomen, mais, quand on lui demandait de montrer où elle avait mal, elle indiquait le point de Mac Burney comme étant l'endroit où la douleur était la plus vive. Cette douleur était relativement intense et se manifestait par intervalles, présentant des accès paroxystiques particulièrement violents. L'enfant a vomi deux fois et émis beaucoup de selles liquides.

La température était à 39°6 sous l'aisselle.

Le médecin de ville fit admettre la malade le jour même dans le service de clinique chirurgicale du professeur NOORDENBOS avec le diagnostic d'appendicite aiguë.

Dès l'hospitalisation, la douleur diminue rapidement d'intensité pour disparaître bientôt presque complètement, et l'abdomen ne fut bientôt même plus sensible à la palpation. Seuls persistent encore quelques troubles de l'état général et, de temps en temps, des élévations thermiques. Un interne appelé en consultation ne put trouver d'autres symptômes, et le cas resta ainsi indéterminé jusqu'au 7 février, jour où la fillette présenta un subictère des conjonctives, pour devenir ensuite complètement ictérique, avec de la bilirubine et de l'urobiline dans les urines.

Avec le diagnostic d'ictère catarrhal, elle fut transportée dans le service du professeur RUITINGA. Le foie débordait alors de deux travers de doigt au-des-

sous du rebord costal, et la rate était très nettement perceptible à la palpation. L'épreuve de la galactosurie provoquée était fortement troublée. La réaction de Takata-Jetzlier était positive. L'examen de la formule sanguine montrait l'existence d'une lymphocytose. Dans l'examen du sang au spectroscope, il n'y avait pas de déviation du polarimètre à gauche.

L'ictère disparut rapidement et, le 4 mars 1936, l'enfant fut renvoyée chez elle sans aucun phénomène pathologique.

Revenue le 25 mars 1936 pour un contre-examen, elle était encore affaiblie et se plaignait à nouveau de quelques douleurs abdominales, mais n'avait plus de phénomènes douloureux comparables, par leur violence et leur siège précis, à ceux du début de la maladie.

L'ictère avait complètement disparu. Le foie n'était plus hypertrophié, la rate n'était plus accessible à la palpation. Il y avait encore de l'urobiline dans les urines. Après absorption *per os* de 3 grammes de tétraïode, le remplissage de la vésicule biliaire se montra satisfaisant.

Depuis, la malade est encore revenue deux fois pour se faire examiner : le 17 avril 1936, l'urobilinurie avait disparu. Il n'y avait plus aucune douleur à la pression dans la région hépatique, ni dans la fosse iliaque droite.

En résumé, il s'agit d'une fillette de 13 ans admise dans un service de chirurgie avec une température très élevée, des vomissements et des douleurs spontanées et provoquées très violentes, siégeant dans la partie droite de l'abdomen et dont l'intensité était maxima au point de Mac Burney. Tous ces troubles s'amendent brusquement, laissant le diagnostic en suspens jusqu'au moment où, quelques jours plus tard, apparaît un ictère catarrhal typique.

On pourrait ajouter à l'exposé des cas de la clinique médicale des Enfants et à ceux qui nous ont paru le plus typiques dans la littérature, d'autres observations : ainsi, Bergstrund, en particulier, a décrit des ictères catarrhaux à début douloureux simulant une colique hépatique.

En analysant les caractères de ces douleurs dans les différents cas, nous tâcherons d'en dégager quelques traits précis. Nous verrons ensuite si ces traits nous permettent un diagnostic différentiel facile. Voyons donc comment se présentent ces douleurs dans les sept cas que nous avons reproduits ici, quant à leur date d'apparition, leur siège, leur intensité, leurs irradiations, leur durée, les phénomènes qui les accompagnent et la façon dont elles disparaissent.

André Ac...

Observation n° 1 de la clinique médicale des Enfants

Date d'apparition. — Le 2 décembre, alors que l'ictère ne se manifeste que le 5 décembre.

Siège. — Les douleurs sont diffuses, d'abord dans tout l'abdomen, puis nettement localisées à la fosse iliaque droite.

Intensité. — Il s'agit d'un garçon de 11 ans, qui ne paraît pas douillet, et les douleurs semblent avoir été très vives. L'intensité va en croissant.

Irradiations. — Il n'y a pas de douleurs irradiantes.

Durée. — Quatre jours.

Phénomènes concomitants :

- vomissements alimentaires, puis bilieux;
- fièvre à 37°5-37°8 les premiers jours;
- céphalées, malaises, état saburral des voies digestives;
- urines normales par la couleur et l'abondance.

Disparition. — Dans l'après-midi du quatrième jour, alors qu'apparaît une coloration jaune des conjonctives.

Quel est ici le diagnostic qui a été posé? — C'est celui d'appendicite aiguë. Il a été basé sur :

- le siège des douleurs dans la fosse iliaque droite;

- les vomissements concomitants;
- la fièvre légère.

Simone Sol...

Observation n° 2 de la clinique médicale des Enfants

Date d'apparition. — Huit jours avant son entrée à l'hôpital. Mais l'enfant avait présenté deux ans auparavant un épisode douloureux abdominal aigu qualifié crise d'appendicite et, depuis, se plaignait presque constamment du ventre.

Siège. — Fosse iliaque droite.

Intensité. — Douleurs presque constantes, pas très violentes, avec des paroxysmes violents.

Irradiations. — Il n'y a aucune irradiation.

Durée. — Huit jours, au cours de l'épisode que nous étudions.

Phénomènes concomitants :

- vomissements;
- état nauséux;
- constipation opiniâtre;
- céphalées;
- température normale.

Disparition. — Le neuvième jour, alors que l'ictère discret de la veille commence à devenir de plus en plus évident.

Quel est ici le diagnostic qui a été posé? — C'est celui de crise aiguë au cours d'une appendicite chronique. Ce diagnostic a été appuyé sur :

- le siège des douleurs dans la fosse iliaque droite;
- les vomissements qui les accompagnaient.

Mais :

- il n'y avait pas de fièvre;
- un état saburral des voies digestives avec anorexie aurait peut-être pu orienter vers l'ictère catarrhal.

Aimé Roc...

Observation n° 3 de la clinique médicale des Enfants

Date d'apparition. — Une quinzaine de jours avant l'hospitalisation, par des douleurs vagues. Les phénomènes douloureux aigus se manifestent la veille de l'hospitalisation, huit jours avant l'apparition de l'ictère.

Siège. — Fosse iliaque droite.

Intensité. — Douleurs très violentes lors de la crise finale qui a motivé l'entrée à l'hôpital.

Irradiations. — Ces douleurs ne présentaient aucune irradiation.

Durée. — Quinze jours de douleurs diffuses et une journée de douleurs aiguës.

Phénomènes concomitants :

- température à 39°5;
- état saburral des voies digestives.

Quel est ici le diagnostic qui a été posé? — C'est celui d'appendicite aiguë, étayé sur :

- la douleur de la fosse iliaque droite;
- la fièvre élevée.

Notons cependant un signe fréquent au cours de l'ictère catarrhal : *l'anorexie*, qu'il faudra toujours rechercher par l'interrogatoire.

Marie-Thérèse Ag...

Observation n° 4 de la clinique médicale des Enfants

Date d'apparition. — Le jour même de l'hospitalisation, la veille de l'apparition d'un subictère.

Siège. — Hypocondre droit.

Intensité. — Continue, intense, avec des paroxysmes très violents.

Irradiations. — A l'omoplate et à l'épaule droites.

Durée. — La douleur violente ne dure qu'un jour et l'enfant ne souffre plus du tout au bout de trois jours.

Phénomènes concomitants :

- vomissements alimentaires, puis bilieux;
- agitation;

— état nauséeux;

— pas de fièvre.

Disparition. — La douleur s'atténue déjà le deuxième jour, alors qu'on constate un subictère des conjonctives, et disparaît complètement le troisième jour, quand se constitue un ictère franc.

Quel est ici le diagnostic qui a été posé? — C'est celui de colique hépatique en raison de :

— la localisation de la douleur dans l'hypocondre droit;

— ses irradiations à l'épaule et à l'omoplate droites;

— les vomissements bilieux;

— l'absence de fièvre;

— la notion d'une fièvre paratyphoïde dans les antécédants.

Marie A...

Observation n° 1, due à J. D. Schendstok

Date d'apparition. — Quelques jours avant l'apparition de l'ictère.

Siège. — Dans la moitié droite de l'abdomen, avec maximum au point de Mac Burney.

Intensité. — L'auteur note que, l'enfant ne se plaignant pas facilement, les douleurs devaient être très fortes.

Irradiations. — Elles ne présentent aucune irradiation nette.

Durée. — Quelques jours.

Phénomènes concomitants :

— diarrhée;

— nausées;

— défense musculaire dans la fosse iliaque droite;

— hépatomégalie;

— splénomégalie.

Disparition. — Deux jours après l'hospitalisation, alors que se constitue un ictère franc.

Quel est ici le diagnostic qui a été posé? — C'est celui d'une crise aiguë au cours d'une appendicite chronique.

En faveur de cette hypothèse, on note :

— la localisation douloureuse au point de Mac Burney;

— les nausées.

Mais il faut cependant prêter attention à :

— l'hépatomégalie;

— l'absence de fièvre;

— la splénomégalie;

et, plus tard, au résultat fort important de :

— l'épreuve de la galactosurie provoquée, qui se montre fortement troublée, témoignant d'un dysfonctionnement hépatique.

Nellie B...

Observation n° 2, due à J. D. Schendstok

Date d'apparition. — Deux jours avant l'hospitalisation et sept jours avant la constatation d'un subictère.

Siège. — Dans la moitié supérieure de l'abdomen, sans localisation très précise.

Intensité. — Il s'agit de douleurs violentes et continues.

Irradiations. — Elles ne présentent pas d'irradiations.

Durée. — Quatre à cinq jours.

Phénomènes concomitants :

— température à 39°;

— état nauséux, mais pas de vomissements;

— céphalées;

— plus tard, hépatomégalie.

Disparition. — Au bout de quatre à cinq jours, coïncidant avec l'apparition d'un subictère suivi bientôt d'un ictère franc.

Quel est ici le diagnostic qui a été posé? — On a discuté les deux diagnostics de :

— lithiasé biliaire;

— appendicite aiguë;

avant de conclure à une affection d'ordre médical, étant données :

- la température élevée;
- la violence des douleurs.

Cependant, il n'y avait

- pas de vomissements;
- pas de défense musculaire.

On constata plus tard l'existence d'une hépatomégalie.

Truus C...

Observation n° 3, due à J. D. Schendstok

Date d'apparition. — Le 27 janvier, alors que l'ictère ne commence à se manifester que le 7 février, plus de dix jours après le début des phénomènes douloureux.

Siège. — Dans l'hypocondre et le flanc droits, mais avec un maximum très net au point de Mac Burney.

Intensité. — Il s'agit de douleurs très intenses, évoluant par intervalles avec des poussées douloureuses paroxystiques particulièrement violentes.

Irradiations. — Il n'y a aucune irradiation nette.

Durée. — Deux à trois jours.

Phénomènes concomitants :

— température à 39°6;

— céphalées, raideurs articulaires;

— état nauséeux.

Disparition. — Au bout de deux à trois jours, presque une semaine avant les premiers phénomènes ictériques.

Quel est ici le diagnostic qui a été posé? — C'est celui d'appendicite aiguë, en raison de :

— la douleur maxima au point de Mac Burney;

— la fièvre à 39°6.

On pourrait noter comme un symptôme du début d'un ictère catarrhal les raideurs articulaires présentées par l'enfant dès le commencement de sa maladie.

Plus tard, le trouble de la fonction hépatique fut vérifié par l'épreuve de la galactosurie provoquée, qui se montra fortement modifiée.

Telles sont donc les données cliniques que nous avons pu relever concernant les formes douloureuses de l'ictère catarrhal chez l'enfant. On voit combien il est difficile, au début, de poser un diagnostic certain et d'éliminer une affection chirurgicale. Quelques signes cependant doivent être recherchés, quand on pense, devant un épisode douloureux abdominal, à la possibilité d'un ictère catarrhal. Ce sont :

— l'existence d'une anorexie nette dans les jours qui ont précédé le début de la maladie;

- la possibilité d'une hépatomégalie précoce;
- la présence de douleurs articulaires, de prurit.

L'absence de fièvre n'est pas un signe pathognomonique, car la colique hépatique n'est généralement pas fébrile, et on connaît, d'autre part, le polymorphisme des crises d'appendicite aiguë chez l'enfant, qui peuvent très bien évoluer sans fièvre.

Il y aurait peut-être un intérêt, tout théorique, d'ailleurs, à suivre les enfants qui ont présenté un ictère catarrhal douloureux. Peut-être pourrait-on alors constater l'évolution d'une lithiasé ou d'une angiocholite dont l'ictère à début douloureux aurait constitué le premier phénomène morbide. Cette hypothèse est cependant purement une vue de l'esprit, aucun des enfants dont nous avons reproduit l'observation n'ayant été par la suite amené à consulter pour des troubles ayant un rapport quelconque avec l'une des deux affections citées. Les observations recueillies à la clinique médicale des Enfants sont d'ailleurs trop récentes pour que les enfants aient pu présenter, depuis leur hospitalisation, d'autres manifestations d'une lithiasé biliaire ou d'une angiocholite hypothétiques.

III. — PATHOGENIE.

Si la symptomatologie des ictères catarrhaux à début douloureux est indiscutable, il n'en est pas de même pour la pathogénie de ces phénomènes douloureux, à propos desquels maintes hypothèses peuvent être soulevées sans qu'aucune se montre vraiment concluante. On pourrait à la rigueur tenter, à la lumière des théories que l'on a émises à propos de la douleur de la colique hépatique, d'expliquer la genèse de ces phénomènes douloureux. Mais, en réalité, la multiplicité même des explications fournies prouve qu'aucune n'est tout à fait satisfaisante, et nous ne ferons que citer rapidement les discussions auxquelles a donné lieu la douleur dans la colique hépatique. Avons-nous d'ailleurs le droit d'appliquer ces théories à la douleur de l'ictère catarrhal? Nous n'en sommes pas sûrs.

Nous avons déjà cité l'opinion de CARRIÉ sur l'épigastrie prémonitoire dans l'ictère catarrhal : c'est à une pancréatite inflammatoire analogue à la pancréatite ourlienne que CARRIÉ attribue ce symptôme, se basant surtout sur le siège de la douleur dans la zone de projection pancréatique.

Pour d'autres, il s'agirait d'une inflammation de la vésicule biliaire, ou encore d'un spasme de la paroi vésiculaire. Cette dernière explication paraît peu valable au cours de l'ictère catarrhal.

Doit-on plutôt attribuer, avec certains auteurs modernes, ces phénomènes douloureux à une réaction neuro-végétative analogue au choc colloïdo-clasique? Ou bien faut-il, comme UMBER, rattacher ces douleurs à une angiocholite existant même au cours de l'ictère catarrhal?

Pour WIDAL et ABRAMI, c'est l'atteinte de la cellule noble de la glande hépatique qui est la cause des douleurs observées au cours de l'ictère catarrhal. Certains les attribuent, au contraire, à l'irritation des filets nerveux péri-lymphatiques.

On voit donc combien cette question est encore discutée et obscure. C'est pourquoi nous n'insistons guère sur ces hypothèses pathogéniques.

CONCLUSION

L'ictère catarrhal n'est habituellement pas douloureux : DE QUERVAIN a même écrit que « l'absence de douleurs est une des caractéristiques de l'ictère catarrhal ». Il existe cependant indéniablement des ictères catarrhaux dont l'évolution ultérieure ne se distingue en rien de la forme habituelle, et qui débute par des douleurs violentes, pouvant évoquer facilement une affection chirurgicale de l'abdomen. Le diagnostic différentiel entre le début d'un ictère catarrhal douloureux et une crise d'appendicite aiguë ou de colique hépatique est parfois fort difficile à faire. Aucun symptôme n'est vraiment concluant et l'interrogatoire et l'examen du malade devront être très poussés.

L'intérêt de ces formes, dont la pathogénie est fort discutée, réside surtout actuellement dans la précocité du diagnostic permettant d'éviter une intervention chirurgicale inutile et même éventuellement fâcheuse.

Vu

Le Doyen,
BAUDOUIN

Vu

Le Président de Thèse,
BAUDOUIN

Vu et Permis d'Imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris :

G. GIDEL

BIBLIOGRAPHIE

CARRIÉ. — Les syndromes ictériques.

WIDAL-ABRAMI. — Nouveau traité de Médecine.

DUPUY. — Les ictères catarrhaux. Thèse Paris, 1939.

PARTURIER. — Colique hépatique et choc colloïdo-classique (P. M., 29-10-1924).

MUTZNER. — Essai pathogénique sur l'ictère catarrhal et autres jaunisses. (P. M., mai 1925).

CAROLI. — La migraine pré-ictérique. Signification physio-pathologique. (B. et M. Soc. Méd. hôp. de Paris, 7-2-1938.)

BRETON. — La réaction lymphatique péri-portale dans la genèse de l'ictère catarrhal. Thèse Paris, 1941.

WALGREEN. — Erfa hrungen über epidemischen icterus catarrhalis. (Acta Paediatrica, 1939.)

PER SELANDER. — Epidemischer und sporadischer icterus (Acta Paediatrica, 1939.)

F. DE QUERVAIN. — Spezielle chirurgische diagnostik.

J.-D. SCHENDSTOK. — Acute pain in so-called catarrhal jaundice. (Nederl tijdschr. v. geneesk, 22 août 1936.)

